

ESCALAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

María Inés Sosa-Liprandi,* Mildren del Sueldo,‡ Mónica Ramírez,§ Sonia Costantini¶

* Servicio de Cardiología, Sanatorio Guemes, Buenos Aires, Argentina. ‡ Fundación Certus, Centro de Rehabilitación, Villa María, Córdoba, Argentina. § Grupo Gamma Centro diagnóstico, Rosario, Argentina. ¶ Centro de Diagnóstico «Especialistas en Cardiología», General Roca, Rio Negro, Argentina.

Traducción fiel al español del Capítulo 6: Cardiovascular risk scales in women. Vol. 33 Supplement 5: October-December2022. Cardiovascular and Metabolic Science - doi: 10.35366/108041 doi: 10.35366/108047 <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardiovascular/cms-2022/cmss225g.pdf>

Cómo citar: Sosa-Liprandi MI, del Sueldo M, Ramírez M, Costantini S. Cardiovascular risk scales in women. Cardiovasc Metab Sci. 2022; 33 (s5): s439-s441. <https://dx.doi.org/10.35366/108047>

La estimación del riesgo cardiovascular (RCV) continúa siendo un gran desafío para la prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) tanto en hombres como en mujeres. Las guías actuales sobre prevención de ECV parten de la evaluación individual aplicada a tablas de riesgo epidemiológicas. América Latina, carece de suficiente información para realizar escalas de riesgo propias, extrapolando las derivadas de distintos estudios en poblaciones no representativas, constituyendo una seria limitación.

La mujer tiene factores de riesgo cardiovascular (FRCV) únicos y FRCV no reconocidos que impactan más en el RCV, por lo tanto, la determinación de su riesgo es realmente complejo.

En las guías de prevención de ECV en la mujer de American Heart Association (AHA) se propone un algoritmo para la clasificación de riesgo, teniendo en cuenta algunos FRCV exclusivos definiendo tres categorías: alto riesgo, en riesgo y riesgo óptimo basado en la presencia de ECV documentada, FRCV tradicionales, incorporando los antecedentes de complicaciones en el embarazo, la presencia de enfermedades autoinmunes, la obesidad central y la capacidad funcional al ejercicio ⁽¹⁾. En 2011 se introduce el término «salud cardiovascular ideal», definido como la ausencia de ECV clínica y niveles ideales de colesterol total (CT < 200 mg/dl), presión arterial (< 120/80 mmHg) y glucemia en ayunas (< 100 mg/dl), más un estilo de vida saludable ⁽²⁾. Esta

estrategia permite que aquellas que en la evaluación convencional no calificarían para recibir tratamientos preventivos, puedan ser re-categorizadas y beneficiarse con intervenciones preventivas tempranas e intensivas.

El *score de Reynolds* fue validado en una significativa población de mujeres. Demostró un gran poder para reclasificar tanto a hombres como mujeres a mayor o menor riesgo, sumando a los FRCV convencionales la historia familiar de infarto agudo de miocardio (IAM) y la determinación de PCR ultrasensible, pero tampoco incluye FRCV específicos de la mujer ⁽³⁾.

El calculador de riesgo propuesto por el ACC/AHA (*ASCVD Risk Estimator*) no incluye población latina y no es extrapolable a población que no sea caucásica o afroamericana ⁽⁴⁾.

El sistema de evaluación sistemática del riesgo coronario europeo (*SCORE Systematic Coronary Risk Evaluation*) presentó recientemente el SCORE2 y el SCORE OP (*Older Person*). Involucró alrededor de 700,000 participantes sin ECV previa entre 1990 y 2009. Establecen cuatro regiones europeas con diferentes niveles de riesgo, proporcionan estimaciones de eventos CV mortales y no mortales, y toman en cuenta la Diabetes Mellitus (DM), corrigiendo falencias del SCORE previo. Este modelo ajusta el riesgo específico por sexo, basándose en cohortes con un 66% de mujeres, incluyen a individuos mayores de 65 años con el SCORE OP. Es importante destacar que toman al colesterol no HDL en lugar del CT o el c-HDL, lo que podría discriminar mejor el riesgo a largo plazo de ECV, sobre todo en individuos jóvenes. La desventaja es que no toma en cuenta FRCV propios de la mujer ⁽⁵⁾. El *score INTERHEART*, basado principalmente en el estudio PURE (*Prospective Urban Rural Epidemiology*), fue validado en siete regiones del mundo, y diferencia entre países de bajos, moderados y altos ingresos, incluyendo un buen número de población latina. Además, incorpora variables como la dieta, el ejercicio, la depresión y el estrés, no tenidos en cuenta en otros *scores* ⁽⁶⁾.

Finalmente, la OMS desarrolló un modelo de predicción de riesgo para eventos fatales y no fatales (IAM y accidente cerebrovascular), adaptado para países de ingresos bajos y medios, aplicable a 79 países de 21 regiones. En Latinoamérica, la divide en cinco regiones: Caribe, Central, Andina, Tropical y Sur. Cuenta con modelos específicos por sexo y es el actualmente recomendado por la OMS para la región de las Américas ⁽⁷⁾.

La edad es el FRCV no modificable que más incide en todos los calculadores de riesgo. Por esta razón es que se subestima el RCV en los jóvenes, sobre todo en la mujer, cuando se limita el riesgo a 10 años, que es el periodo habitual de la mayoría de los calculadores. En la encuesta nacional de salud de Estados Unidos, con una edad media de 44 años, hallaron que el 82% tenía riesgo bajo a 10 años. Sin embargo, cuando se extiende a una estimación de riesgo a lo largo de la vida o *lifetime risk* (LTR), dos tercios de esa población, aproximadamente, fue reclasificada a alto riesgo ⁽⁸⁾.

Con respecto a los FRCV específicos de la mujer, están presentes en edades jóvenes o en la pre-menopausia, en donde el RCV calculado es generalmente bajo. Un estudio en mujeres jóvenes con antecedentes de pre-eclampsia, en quienes evaluaron el RCV a 10 años, 30 años y LTR, comparado con controles sanos, encontraron un RCV elevado a 10 años en un 18.2% en pacientes con pre-eclampsia vs. un 1.7% de controles, a 30 años 31.3 vs. 5.1%, y el RCV proyectado LTR 41.4 vs. 17.8%, respectivamente ⁽⁹⁾. Este es un claro ejemplo de la utilidad del uso del LTR en mujeres jóvenes con el antecedente de FRCV específicos.

Algoritmo para la estimación del riesgo cardiovascular en la mujer (Figura 1) ⁽¹⁰⁾

- Las mujeres que hayan tenido ECV o aquellas con evidencia de enfermedad aterosclerótica sin un evento previo deben ser tratadas con los objetivos de prevención secundaria.
- En aquellas que no han tenido ECV previa o sin diagnóstico de enfermedad aterosclerótica se debe calcular el RCV teniendo en cuenta los FRCV tradicionales. Aquel país latinoamericano que ha validado alguno de los calculadores citados puede usar ese puntaje para la determinación del riesgo CV. Aquel que no cuente con esta herramienta validada puede usar el *Interheart Risk Score* o el *Euroscore2*, calibrando por el factor de corrección que corresponda, o el *score* de la OMS de acuerdo con su región ⁽⁵⁻⁷⁾.
- En caso de presentar FRCV únicos o emergentes se debe considerar mujer «en riesgo» y pasa al grupo de riesgo inmediato superior (intermedio, alto o muy alto). En su ausencia queda en el grupo de bajo riesgo o en el considerado por la calculadora elegida.

- Se recomienda buscar ateromatosis subclínica en aquellas mujeres en riesgo intermedio o con FRCV mayores, con los métodos disponibles en el centro de referencia.

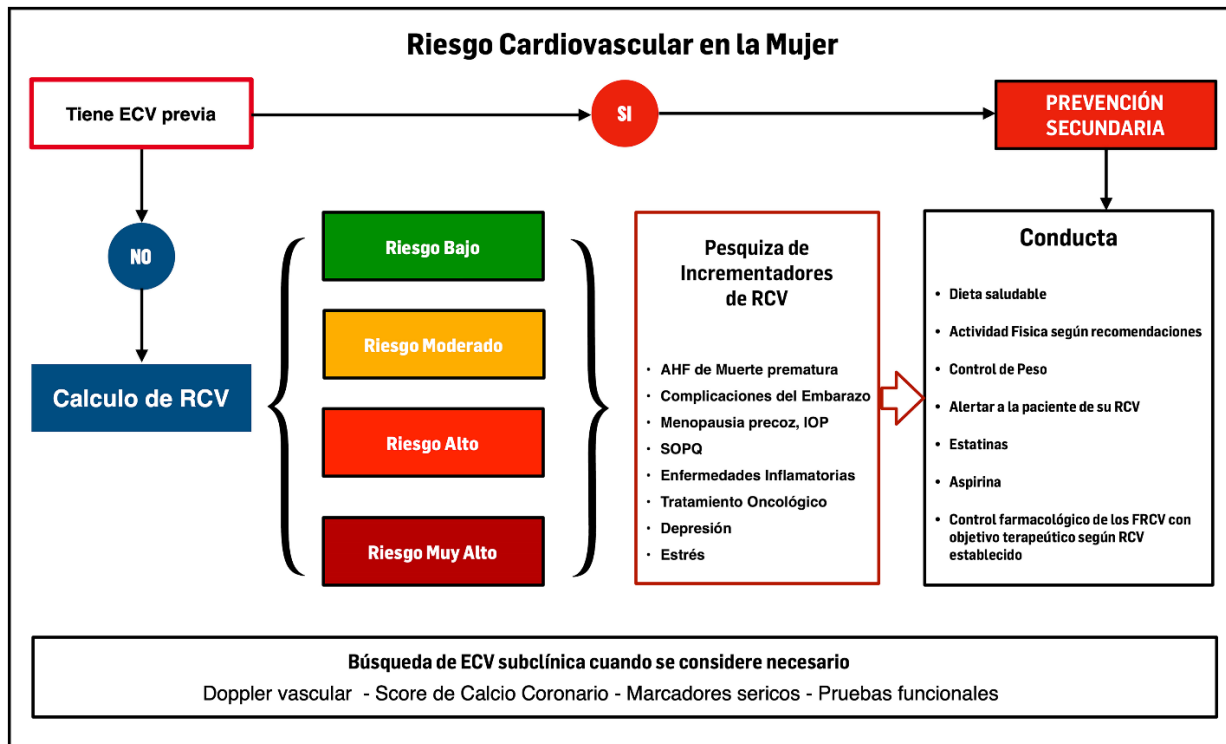


Figura 1. Algoritmo para la estimación del riesgo cardiovascular en la mujer.

RCV: Riesgo cardiovascular. AHF: antecedentes heredofamiliares; ECV: enfermedad cardiovascular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; IOP: insuficiencia ovárica prematura; RCV: riesgo cardiovascular; SOPQ: síndrome de ovario poliquístico.

Referencias

1. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 Update. *Circulation*. 2007;115(11):1481-501.
2. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-2011 update: A guideline from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(11):1243-62.

3. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: The Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007;297(6):611-9.
4. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation*. 2014;129(25 suppl 2): S49-73.
5. Hageman S, Pennells L, Ojeda F, Kaptoge S, Kuulasmaa K, de Vries T, et al. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021;42(25):2439-54.
6. Joseph P, Yusuf S, Lee SF, Ibrahim Q, Teo K, Rangarajan S, et al. Prognostic validation of a non-laboratory and a laboratory based cardiovascular disease risk score in multiple regions of the world. *Heart*. 2018;104(7):581-7.
7. Kaptoge S, Pennells L, De Bacquer D, Cooney MT, Kavousi M, Stevens G, et al. WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health*. 2019;7(10): e1332-45.
8. Marma AK, Berry JD, Ning H, Persell SD, Lloyd-Jones DM. Distribution of 10-year and lifetime predicted risks for cardiovascular disease in US adults: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 2003 to 2006. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(1):8-14.
9. Smith GN, Pudwell J, Walker M, Wen S-W. Ten-year, thirty-year, and lifetime cardiovascular disease risk estimates following a pregnancy complicated by preeclampsia. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(9):830-5.
10. Del-Sueldo MA, Mendonça-Rivera MA, Sánchez-Zambrano MB, Zilberman J, Múnica-Echeverri AG, Paniagua M. y col. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer *Arch Cardiol Mex*. 2022;92(Supl): 1-68

Correspondence:

Mildren del Sueldo

E-mail: mildrendelsueldo@gmail.com

